

## Содержание

Введение .....	6
<b>1. Общие правила и приемы объективного обследования больных</b> .....	<b>8</b>
1.1. Расспрос .....	8
1.2. Общий осмотр .....	10
1.3. Пальпация .....	11
1.4. Перкуссия .....	17
1.5. Аускультация .....	21
1.6. Исследование пульса .....	22
1.7. Измерение артериального давления .....	23
1.8. Антропометрия .....	26
1.9. Измерение температуры тела .....	29
<b>2. Методика проведения расспроса хирургического больного</b> .....	<b>30</b>
2.1. Общие сведения (паспортная часть) .....	30
2.2. Жалобы ( <i>Querulae</i> ) .....	30
2.3. История настоящего заболевания ( <i>Anamnesis morbi</i> ) .....	32
2.4. История жизни ( <i>Anamnesis vitae</i> ) .....	33
2.5. Данные субъективного обследования ( <i>Status praesens subjectivus</i> ) ..	35
<b>3. Общий осмотр</b> .....	<b>36</b>
3.1. Оценка общего состояния .....	36
3.2. Оценка сознания больного .....	38
3.3. Оценка положения больного .....	40
3.4. Оценка антропометрических данных .....	41
3.5. Определение конституционального типа телосложения человека	43
3.6. Оценка температуры тела .....	44
3.7. Оценка пульса .....	47
3.8. Оценка артериального давления .....	47
3.9. Оценка состояния внешнего дыхания .....	48
<b>4. Обследование хирургического больного по органам и системам</b>	<b>51</b>
4.1. Обследование кожи и ее придатков .....	51
4.1.1. Обследование кожных покровов .....	52
4.1.2. Обследование придатков кожи .....	52

4.2.	Обследование подкожно-жировой клетчатки .....	76
4.3.	Обследование лимфатической системы .....	80
4.4.	Обследование периферических сосудов .....	85
4.4.1.	Обследование аорты и периферических артерий .....	85
4.4.2.	Обследование магистральных вен .....	99
4.5.	Обследование опорно-двигательного аппарата .....	111
4.5.1.	Обследование костно-суставной системы .....	111
4.5.2.	Обследование мышечной системы .....	116
4.6.	Обследование позвоночника .....	120
4.7.	Обследование нервной системы .....	124
5.	Обследование хирургического больного по анатомическим областям .....	130
5.1.	Обследование головы, лица .....	130
5.1.1.	Осмотр головы .....	131
5.1.2.	Осмотр лица .....	131
5.1.3.	Обследование глаз .....	133
5.1.4.	Обследование носа .....	136
5.1.5.	Обследование наружного уха .....	137
5.1.6.	Обследование рта .....	137
5.2.	Обследование шеи .....	142
5.2.1.	Обследование щитовидной железы .....	144
5.3.	Обследование грудной клетки и ее органов .....	147
5.3.1.	Обследование грудной клетки .....	147
5.3.2.	Обследование молочной железы .....	155
5.3.3.	Обследование легких .....	159
5.3.4.	Обследование сердца .....	169
5.4.	Обследование живота .....	181
5.4.1.	Осмотр живота .....	183
5.4.2.	Пальпация живота .....	187
5.4.3.	Перкуссия живота .....	189
5.4.4.	Аускультация живота .....	191
5.4.5.	Измерение окружности живота .....	191
5.5.	Обследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства .....	192
5.5.1.	Обследование толстой кишки .....	192
5.5.2.	Обследование желудка .....	196
5.5.3.	Обследование печени и желчного пузыря .....	197
5.5.4.	Обследование селезенки .....	200
5.5.5.	Обследование поджелудочной железы .....	202

5.5.6. Обследование ногек .....	204
5.5.7. Обследование мочевого пузыря .....	205
5.6. Грыжи живота .....	206
5.6.1. Грыжа белой линии живота .....	207
5.6.2. Пупочная грыжа .....	208
5.6.3. Паховая грыжа .....	208
5.6.4. Бедренная грыжа .....	210
5.6.5. Послеоперационные грыжи .....	211
5.6.6. Редкие грыжи .....	211
5.7. Обследование поясничной и ягодичной областей .....	212
5.8. Обследование промежности .....	213
5.8.1. Обследование прямой кишки .....	214
5.8.2. Обследование наружных половых органов у мужчин .....	218
5.8.3. Обследование женских половых органов .....	220
5.9. Обследование конечностей .....	222
5.9.1. Исследование ампутационной культы конечности .....	226
6. История болезни .....	229
6.1. Академическая история болезни .....	231
6.2. Схема оформления академической истории болезни .....	232
Заключение .....	241
Тестовые задания .....	242
Ответы на тестовые задания .....	269
Литература .....	271

## 4. Обследование хирургического больного по органам и системам

### 4.1. Обследование кожи и ее придатков

**Анатомо-топографические сведения.** Кожа является внешним покровом тела человека, отличается весьма сложным анатомическим строением и выполняет ряд жизненно важных функций организма. Важнейшей функцией кожи является защита внутренних сред организма от неблагоприятных условий внешней среды. Рецепторы кожи обеспечивают тактильную, тепловую и болевую чувствительность. Помимо этого, кожа участвует в общем обмене, в поддержании водно-электролитного обмена, терморегуляции и несет в себе экскреторную, резорбционную, дыхательную, эндокринную, иммунную функции.

Площадь общей поверхности кожи взрослого человека составляет в среднем от 1,5 до 2,5 м<sup>2</sup>, при этом ладонь пальмента составляет 1% от площади общей поверхности его тела, что широко используется для определения размеров повреждения. На всей поверхности кожи можно обнаружить своеобразный рисунок, так называемые линии Лангера, характеризующие основное направление соединительнотканых волокон сетчатого слоя кожи (рис. 22). Каждый участок кожи имеет свое характерное только для него направление волокон.

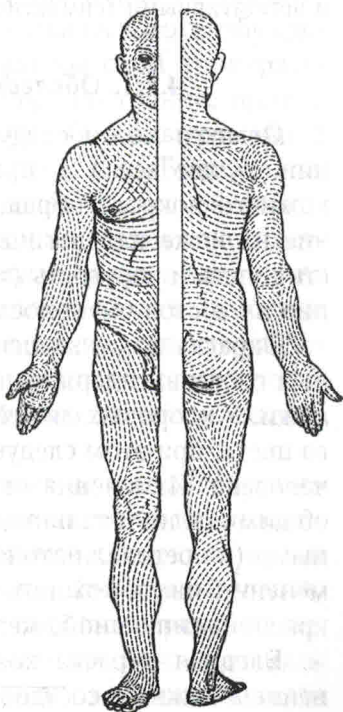


Рис. 22. Линии Лангера на коже человека (вид спереди и сзади)



Более отчетлив и своеобразен рисунок кожи ладоней и подошв, а также ладонной и подошвенной поверхности пальцев, образуемый параллельно идущими гребешками и бороздами, создающими разнообразные фигуры. Каждый рисунок индивидуален и может служить маркером для опознавания отдельных лиц (дактилоскопия).

Толщина кожи на различных участках тела разная, наибольшая — на коже ладоней и подошв, значительно тоньше — на сгибаемых поверхностях конечностей, животе, боковых поверхностях туловища и особенно тонка на веках и наружных половых органах. В коже лица имеется поперечно-полосатая мускулатура (мимические мышцы). Кровеносные сосуды образуют в коже несколько сетей, глубина их залегания может существенно влиять на окраску кожи. Лимфатические капилляры в дерме образуют две сети — поверхностную и глубокую. Кожа иннервируется как церебральными, так и вегетативными (симпатическими) нервами.

#### **4.1.1. Обследование кожных покровов**

**Осмотр кожи** следует проводить при хорошем освещении, лучше всего — при дневном свете. При обследовании кожного покрова обращают внимание на его окраску, наличие на коже патологических элементов, определяют ее эластичность и упругость (тургор), влажность, обращают внимание на состояние волосяного покрова и ногтей.

Окраска кожи зависит от степени кровенаполнения кожных сосудов, содержания пигмента, толщины и прозрачности кожи. У здоровых людей кожа телесного или бледно-розового цвета, при этом следует учитывать этнические особенности человека. Изменения окраски кожных покровов могут быть общими, или тотальными (захватывать все тело), и локальными (в пределах патологического очага). При тотальном изменении цвета кожного покрова кожа может быть бледной, красной, синюшной, желтушной, бронзовой и др.

Бледная окраска кожи связана с недостаточным наполнением кожных сосудов кровью (спазм сосудов кожи, переохлаждение, острая массивная кровопотеря, резкое снижение показателей гемодинамики и др.). Бледность кожи наблюдается при анемии различного генеза, болезнях почек, некоторых

сердца. При отдельных патологических состояниях кожа может иметь различные оттенки, например при железодефицитной анемии (дефицит железа) — зеленоватый, у онкологических больных — серо-землистый, при малярии — пепельный или кирпичный. При анемиях бледность кожных покровов сочетается с бледной окраской слизистых оболочек (конъюнктивы глаз, мягкого и твердого неба, десен, языка). Выраженная бледность кожи встречается при наличии подкожных отеков, прежде всего почечного происхождения. Бледность кожных покровов может наблюдаться также при хронических отравлениях ртутью, свинцом. Иногда она отмечается у здоровых людей, причиной этого являются глубоко расположенные капилляры кожи.

Красная окраска (гиперемия) кожи преходящего характера может возникать под влиянием психического возбуждения (гнев, стыд, волнение), чрезмерно высокой температуры окружающего воздуха, лихорадочных состояний, приема алкоголя, отравления окисью углерода. Более выраженной гиперемия кожи регистрируется на лице и шее. Выраженная гиперемия лица бывает у больных гипертонической болезнью, особенно в период криза. При хроническом алкоголизме постоянно отмечается багрово-красная окраска кожи лица вследствие стойкого расширения капиллярной сети, особенно на носу, щеках. При эритремии (заболевание, характеризующееся повышенным содержанием эритроцитов и гемоглобина) лицо становится красным, с вишневым оттенком, сосуды конъюнктивы глаз расширены.

Синюшная окраска (цианоз) кожных покровов обусловлена наличием в крови большого количества восстановленного гемоглобина, что связано с плохим насыщением крови кислородом или замедлением кровотока. Диффузный цианоз может наблюдаться при врожденных пороках сердца, стенозе легочной артерии, эмфиземе легких и пр. Кожа при этом бывает голубовато-синеватого, темно-фиолетового и даже фиолетово-черного (чугунного) цвета. При сердечно-сосудистых заболеваниях часто встречается акроцианоз: синюшный оттенок кожи наиболее выражен на участках тела, макси-

мально удаленных от сердца — пальцах конечностей, губах, кончике носа и ушных раковинах.

Желтушная окраска кожи (желтуха) может наблюдаться при многих состояниях. Степень выраженности желтушной окраски кожи и слизистых оболочек бывает различной: от слегка заметной (субиктеричной) до охряно-желтой, темно-желтой с зеленоватым оттенком. Для выявления субиктеричности осмотр проводится только при дневном освещении, она в первую очередь выявляется на склерах глаз и слизистой оболочки ротовой полости. Причины желтухи достаточно разнообразны, в основе ее развития лежит отложение желчных пигментов в коже и слизистых оболочках вследствие нарушения оттока желчи из печени (закупорка общего желчного протока камнем при желчнокаменной болезни, опухолью при раке головки поджелудочной железы), поражения паренхимы печени (гепатит, цирроз, рак) или гемолиза эритроцитов (гемолитические анемии, тяжелая интоксикация). Развитие желтухи сопровождается кожным зудом и повышенной кровоточивостью, поэтому на коже можно увидеть следы расчесов и кровоизлияний. Кроме того, при хронических заболеваниях печени может наблюдаться характерная красная окраска кожи ладоней («печеночные ладони»).

Желтизна кожи может быть связана с приемом в больших дозах некоторых лекарственных средств (акрихин, хинин и др.), а также пищевых продуктов (морковь, цитрусовые).

Бронзовая окраска кожи, напоминающая цвет старой потемневшей бронзы, может иметь темно-бурый или коричнево-бурый оттенок. Подобные изменения окраски кожи характерны для надпочечниковой недостаточности (болезнь Аддисона). При этом у больных отмечается более выраженное потемнение на открытых частях тела, в местах трения одежды, на складках ладоней, слизистой щек.

Окраска кожи может изменяться при воздействии ряда токсичных веществ, в том числе и на производстве. Так, при отравлении бертолетовой солью кожа становится коричневой; фенацетином — коричневато-синеватой; при длительном



## 5. Обследование хирургического больного по анатомическим областям

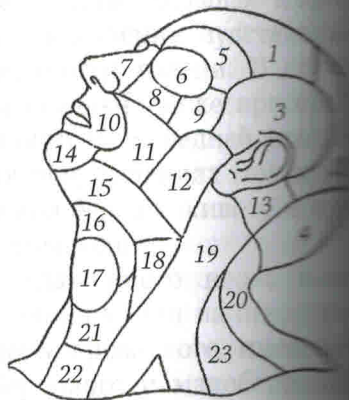
### 5.1. Обследование головы, лица

**Анатомо-топографические сведения.** Череп человека состоит из 23 костей; выделяют мозговой и лицевой череп. Свод мозгового черепа представлен лобной костью, теменными и верхними отделами височных и затылочных костей. Основание черепа образовано затылочной, основной и височными костями, а также орбитальными отростками лобной кости и пластинкой решетчатой кости. Кости свода черепа соединены между собой швами и покрыты апоневрозом. Лицевой череп составляют верхнечелюстные, нижнечелюстные, скуловые, носовые и слезные кости. Все мышцы лица и головы разделяются на мимические и жевательные. Кровоснабжение наружных отделов головы осуществляется за счет ветвей наружных сонных артерий.

Основные анатомо-топографические области головы и шеи представлены на рис. 61.

Рис. 61. Топографические области головы и шеи:

1 — лобная; 2 — теменная; 3 — височная; 4 — затылочная; 5 — надглазничная; 6 — глазничная; 7 — носовая; 8 — подглазничная; 9 — скуловая; 10 — ротовая; 11 — щечная; 12 — околоушная; 13 — сосцевидная; 14 — подбородочная; 15 — подчелюстная; 16 — подъязычная; 17 — гортанная; 18 — сонная ямка; 19 — грудино-ключично-сосцевидная; 20 — вийная; 21 — щитовидная; 22 — надгрудинная; 23 — боковая шея





### 5.1.1. Осмотр головы

Форма и строение черепа имеют индивидуальные и групповые различия (половые, расовые и т. п.), на что надо обращать внимание при осмотре. В зависимости от величины индекса (процентное соотношение поперечного диаметра черепа и продольного) различают три основные формы черепа: долихоцефалическая (менее 75), мезоцефалическая (76–80,9), брахицефалическая (более 81).

К врожденным аномалиям и деформациям черепа относятся микроцефалия, гидроцефалия, мозговые грыжи. Следствием преждевременного синостоза костей черепа является синостоз, при котором наблюдаются различные изменения его конфигурации (башенный, ладьевидный, клиновидный, скошенный). В противоположность этому незаращение швов может наблюдаться у взрослых лиц. Изменения формы черепа могут быть связаны с нарушением обмена веществ и эндокринными заболеваниями (рахитическая, акромегалическая и др.) или последствиями травмы (асимметричная). Приобретенная патология с поражением костей черепа может быть связана с инфекцией (туберкулез, сифилис, актиномикоз и др.) или опухолями и их метастазами.

При черепно-мозговой травме возможны переломы костей черепа, которые могут быть открытыми и закрытыми. Особенно опасны переломы костей черепа со смещением, сопровождающимся сдавлением головного мозга. Переломы костей основания черепа могут сопровождаться истечением ликвора из уха или носа, в связи с чем подобная травма считается открытой. Мягкие ткани головы очень хорошо кровоснабжаются, поэтому кровотечения при открытых повреждениях бывают обильными. При закрытых повреждениях кровоизлияние под апоневроз определяется как локализованная болезненная припухлость.

### 5.1.2. Осмотр лица

Много информации о состоянии больного дает осмотр лица. Оно часто отражает эмоции, связанные в том числе

с патологическим процессом. При его осмотре можно выявить многие симптомы, характерные для ряда состояний.

Страдальческое выражение лица характерно для больных с тяжелыми изнуряющими заболеваниями, сопровождающимися сильной болью различной локализации. Лицо лихорадящего (*facies febris*) больного наблюдается на высоте значительного подъема температуры тела: кожа гиперемирована, характерен лихорадочный блеск глаз на фоне общего возбуждения. Лицо Гиппократ (*facies Hippocratica*) характерно для больных в крайне тяжелом (агональном) состоянии (разлитой перитонит, сепсис, выраженная дегидратация): лицо становится мертвенно-бледным, осунувшимся, с запавшими тусклыми глазами и заостренным носом, губы сухие, язык обложен, в акте дыхания участвуют крылья носа, появляется холодный пот. Сардоническое лицо (улыбка) появляется у больных столбняком и представляет собой выражение, напоминающее оскал; такое выражение возникает в результате непроизвольного длительного сокращения мимических мышц. При заболеваниях почек (*facies nephritica*) лицо становится бледным, одутловатым, с отеками. Декомпенсация кровообращения при митральных пороках сердца сопровождается развитием выраженного цианоза губ, цианотичного румянца на щеках в виде так называемой «митральной бабочки» (*facies mitralis*).

Изменения на лице характерны для ряда заболеваний эндокринной системы. При аденоме гипофиза на лице могут быть изменения, характерные для акромегалии (резкое увеличение скул, носа, подбородка, языка и др.). При болезни Иценко — Кушинга лицо становится круглым (лунообразным) с выраженной волосистостью на щеках, подбородке. Тиреотоксикоз сопровождается формированием *facies basedovica*: тревожное, раздраженное или испуганное выражение лица, глазные щели расширены, характерен своеобразный блеск глаз, выпячивание глазных яблок (экзофтальм). И наоборот, *facies micse-demica* при гипофункции щитовидной железы: лицо округлое, одутловатое, бледное, с утолщенными носом и губами, мимика ограничена, и тупой, иногда бледный.

выраженный взгляд, отчего лицо становится крайне невыразительным.

Осмотр лица позволяет установить на нем врожденные дефекты (заячья губа), доброкачественные и злокачественные опухоли, инфекционные заболевания кожи и ее придатков (акне, фурункул, карбункул, рожа и др.). Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей лица особенно опасны из-за их локализации в зоне носогубного треугольника, в связи с чем путем сравнительного осмотра и пальпации следует проверить — не распространяется ли инфекционный процесс по ходу лицевых вен в направлении глазницы. Гематома вокруг глаза у пострадавшего с черепно-мозговой травмой (симптом Гунтера) может свидетельствовать о переломе основания черепа.

Асимметрия лица с расстройствами мимики часто является одним из признаков поражения центральной нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, травма головного мозга и их последствия) или же она может наблюдаться при парезе лицевого нерва. Вынужденное раскрытие рта со смещением нижней челюсти вперед и резким ограничением движений свидетельствует о вывихе нижней челюсти.

При пальпации мягких тканей лица определяют их консистенцию, болезненность, наличие патологических новообразований, костную крепитацию при переломах.

### **5.1.3. Обследование глаз**

**Анатомо-топографические сведения.** Глаза являются органом зрения и состоят из глазного яблока и вспомогательного аппарата (рис. 62). Глазное яблоко расположено в полости глазницы, зрительным нервом соединено с головным мозгом. Глазное яблоко имеет форму шара и состоит из внутреннего ядра, окруженного тремя оболочками. Внутреннее ядро глазного яблока составляют хрусталик, стекловидное тело и водянистое содержимое передней и задней камер глаза. Наружная оболочка глазного яблока в переднем отделе представлена прозрачной роговицей, в заднебоковых отделах — белочной оболочкой (склерой). Средняя (сосудистая) оболочка богата кровеносными сосудами, в ней выделяют три части: передняя — радужная оболочка; средняя — ресничное тело; задняя — собственно



## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

1. Детально методику расспроса больного в отечественной медицине разработал:
  - 1) Захарьин;
  - 2) Образцов;
  - 3) Мудров;
  - 4) Пирогов.
2. В разделе истории болезни «*Anamnesis morbi*» отражаются следующие данные:
  - 1) дата и час начала заболевания;
  - 2) наследственность;
  - 3) жилищные условия и гигиенический режим;
  - 4) перенесенные заболевания и травмы.
3. В разделе истории болезни «*Anamnesis vitae*» отражаются следующие данные:
  - 1) перенесенные заболевания и травмы;
  - 2) время появления первых признаков настоящего заболевания;
  - 3) динамика развития заболевания до настоящего времени;
  - 4) проведенное ранее лечение по поводу настоящего заболевания.
4. В разделе истории болезни «*Status localis*» описываются:
  - 1) все органы и системы;
  - 2) обстоятельства заболевания или травмы;
  - 3) пораженный орган или анатомическая область;
  - 4) состояние больного в настоящий момент времени.
5. Отдельное описание в истории болезни местного патологического статуса обязательно при следующем заболевании:
  - 1) паховая грыжа;
  - 2) гипертоническая болезнь;
  - 3) вазоренальная гипертензия;
  - 4) лейкоз.
6. Данные о наследственности больного вносятся в раздел истории болезни:
  - 1) личный анамнез;
  - 2) семейный анамнез;
  - 3) перенесенные заболевания;
  - 4) страховой анамнез.



10. Данные о наличии у больного туберкулеза вносятся в раздел истории болезни:

- 1) семейный анамнез;
- 2) перенесенные заболевания;
- 3) эпидемиологический анамнез;
- 4) личный анамнез.

11. Данные о наличии у больного инвалидности вносятся в раздел истории болезни:

- 1) личный анамнез;
- 2) перенесенные заболевания;
- 3) эпидемиологический анамнез;
- 4) страховой анамнез.

12. К характеристикам боли в разделе «жалобы» НЕ относится:

- 1) локализация;
- 2) время появления;
- 3) длительность;
- 4) степень болезненности при пальпации.

13. К жалобам общего характера НЕ относится:

- 1) повышенная утомляемость;
- 2) перемежающаяся хромота;
- 3) похудение;
- 4) головная боль.

14. Аггравация — это:

- 1) преувеличение болезненных явлений;
- 2) представление симптомов несуществующего заболевания;
- 3) сокрытие симптомов заболевания;
- 4) постоянное беспокойство по поводу возможности заболеть.

15. Симуляция — это:

- 1) преувеличение болезненных явлений;
- 2) представление симптомов несуществующего заболевания;
- 3) сокрытие симптомов заболевания;
- 4) постоянное беспокойство по поводу возможности заболеть.

16. Диссимуляция — это:

- 1) преувеличение болезненных явлений;
- 2) представление симптомов несуществующего заболевания;
- 3) сокрытие симптомов заболевания;
- 4) постоянное беспокойство по поводу возможности заболеть.

**14.** При описании человеческого тела используют следующие плоскости:

- 1) фронтальную, сагиттальную, вертикальную;
- 2) фронтальную, вертикальную, горизонтальную;
- 3) фронтальную, сагиттальную, горизонтальную;
- 4) сагиттальную, вертикальную, горизонтальную.

**15.** Детально разработали методику глубокой пальпации органов брюшной полости:

- 1) Мудров и Боткин;
- 2) Образцов и Стражеско;
- 3) Захарьин и Гед;
- 4) Ауэнбруггер и Лаэннек.

**16.** Феномен, при котором во время пальпации новообразований обследующий, толкая одной рукой в стенку образования, ощущает эти передаточные толчки, называется:

- 1) крепитацией;
- 2) флюктуацией;
- 3) дефансом;
- 4) кавитацией.

**17.** Феномен, при котором во время пальпации при надавливании на мягкие ткани ощущается «хруст», называется:

- 1) крепитацией;
- 2) флюктуацией;
- 3) дефансом;
- 4) баллотированием.

**18.** Методика пальпации живота позволяет выявить:

- 1) перистальтику кишечника;
- 2) границу жидкости в брюшной полости;
- 3) свободный газ в брюшной полости;
- 4) пульсацию брюшного отдела аорты.

**19.** При пальпации живота НЕЛЬЗЯ определить:

- 1) болезненность брюшной стенки;
- 2) степень напряжения мышц (дефанс);
- 3) местное повышение или снижение температуры покровов;
- 4) свободный газ в брюшной полости.

**20.** Пальпацию следует начинать с области:

- 1) где больше всего беспокоят боли;
- 2) пограничной с пораженными участками;
- 3) предполагаемого патологического очага после обезболевания;
- 4) удаленной от места наибольшей болезненности.